



Otolaryngology Physicians Of Lancaster

Especialistas certificados en oído, nariz y garganta

Oficina de Lancaster:  
810 Plaza Boulevard  
Lancaster, PA 17601

Oficina 717-394-5088  
Fax 717-394-5590

Oficina de Ephrata:  
561 W. Trout Run Road  
Ephrata, PA 17522 .

Oficina 717-733^4891  
[www.lancasterent.com](http://www.lancasterent.com)

**Renuncia a beneficios médicos**

Mi(s) plan(es) de seguro es(son) \_\_\_\_\_.  
Entiendo que Otolaryngology Physicians of Lancaster (OPL) no participa en mi(s) plan(es) de seguro \_\_\_\_\_.

Entiendo que estoy renunciando a mis beneficios de seguro y pagando los servicios prestados por mi cuenta. OPL puede obtener un depósito por los servicios en la fecha de los servicios. Este depósito no es el pago completo por los servicios prestados y entiendo que cualquier cargo restante me será facturado. En el caso de que OPL participe de mi seguro primario, renuncio a mis derechos a la cobertura de mi seguro suplementario y me hago responsable de todos copagos, coseguros, deducibles y cualquier otro saldo no cubierto por mi compañía de seguro primario.

*Esta renuncia permanecerá en vigor hasta que sea cancelada por mí, por escrito. OPL requiere que la cancelación de esta renuncia incluya una línea para que un miembro del equipo directivo de OPL firme la confirmación de recuperación de la cancelación de la renuncia. Tanto el paciente como la oficina deben guardar una copia de la cancelación.*

Al firmar a continuación, reconozco que **estoy** al tanto de que es mi responsabilidad satisfacer cualquier saldo que quede pendiente con Otolaryngology Physicians of Lancaster.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente:

Yo mismo     Padre/Tutor     Representante con Poder Notarial     Otro: